

بسمه تعالی

«فرم استشهاد محل سکونت جهت شرکت در آزمون استخدامی دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور»

اینجانب..... فرزند..... کدملی..... از مطلعین و معتمدین محل تقاضا دارم که شهرستان محل سکونت فعلی و مدت سکونت اینجانب را گواهی نمایند.

با تشکر

امضاء و اثر انگشت

اینجانب امضاء کنندگان ذیل گواهی می نمایم که نامبرده بالا در حال حاضر در بخش شهرستان ساکن بوده و مدت سال و ماه نیز در این شهرستان سکونت داشته است.

اینجانب به کدملی صحت مراقب فوق را گواهی می نمایم . امضاء و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراقب فوق را گواهی می نمایم . امضاء و اثر انگشت

اینجانب به کد ملی صحت مراقب فوق را گواهی می نمایم . امضاء و اثر انگشت

این قسمت توسط فرمانداری یا نیروی انتظامی (پاسگاه یا کلانتری محل) تکمیل گردد.

موارد فوق مورد تایید این می باشد.

محل مهر - امضاء
فرمانداری یا نیروی انتظامی

تذکرات مهم:

۱. تکمیل این فرم برای تمامی داوطلبان بومی شهرستان مورد تقاضا که متقاضی استفاده از اولویت استخدام به لحاظ ساکن بودن با سابقه حداقل ده سال سکونت می باشند ، الزامی است .
۲. داوطلبان بومی شهرستان مورد تقاضا ، که دارای سوابق تحصیلی در مقطع ابتدایی، راهنمایی و یا دبیرستان در شهرستان مورد تقاضا باشند، با تایید اداره آموزش و پرورش شهرستان مربوطه صرفاً می توانند از آن برای احراز تمام و یا قسمتی از سوابق ده سال سکونت در شهرستان مورد تقاضا بهره مند گردند و تکمیل این فرم برای احراز سکونت فعلی آنان در شهرستان مورد نظر، الزامی می باشد.
۳. چنانچه متقاضی برای تایید سابقه حداقل ده سال سکونت خود در شهرستان مورد تقاضا ، در بیش از یک بخش از شهرستان مربوطه سکونت داشته باشد، می تواند از یک نسخه دیگر از این فرم نیز برای این منظور استفاده کند.
۴. این فرم صرفاً جهت بهره مندی داوطلبان متقاضی و واجد شرایط استفاده از اولویت بومی شهرستان مورد تقاضا در آزمون استخدامی دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور می باشد.